

里帰り出産を希望される方へのお願い

令和5年5月8日より、

新型コロナウイルスの感染法上の分類が季節性インフルエンザと同じ「5類」へ変更となり、当院での感染予防対策としてのルールを一部変更いたしました。

【県内・県外より帰省される方】

里帰り分娩をご希望の方は、事前にお電話にて分娩のご予約をお願いいたします。

当院では、産前教育のために、妊娠 32 週までの受診をお願いしております。

よって最初の妊婦健診時にご説明に時間を要するため、特別枠でのご予約に

なります。30 週までに、必ずお電話での来院予約をお願いいたします。

また帰省後に自宅待機の必要はありませんが、受診当日に体調不良などありましたら直接来院されずに、まずはお電話にてお知らせください。

すべての感染予防対策として、院内での不織布マスク着用と手指消毒の徹底を義務付けさせていただきます。

【県外より立会い分娩されるご家族様へ】

院内での不織布マスク着用と手指消毒の徹底をお願いいたします。

但し、ご来院当日に体調不良や発熱などがある場合には、申し訳ございませんが

分娩室への入室をお断りし、分娩立会いをリモートへ変更させて頂く場合が

ございますので、ご了承ください。

問診票

ID:	記入日	年	月	日	
ふりがな 氏名	(旧姓:)	生年月日 T・S・H・R	年	月	日(歳)
現住所	〒	電話			
<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 結婚予定 <input type="checkbox"/> 再婚	職業	身長	体重		

① マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

- はい
 いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

② 他の医療機関からの紹介状はありますか？

- いいえ はい

③ 子宮がん検診はいつ受けましたか(____年__月__日) 結果:陰性・陽性

- ◆初潮 ____歳 / 閉経 ____歳
◆生理は順調ですか はい(____日型) いいえ
◆最近の生理 ____月__日 ~ __日間
◆生理痛 ひどい 気にならない
◆生理の量 少ない 普通 多い
◆性交渉経験 あり なし

④ 今回はどのような症状で来院されましたか？(該当するものに☑をお願いします)

【婦人科診察の方】

- 子宮がん検診(超音波含)【その他診察は希望しない】
 子宮がん検診(超音波含)【その他診察(別途有料)も希望】
 定期診察(筋腫・卵巣腫瘍・その他)
 下腹部痛 → ____月 ____日頃から 症状: _____
 おりもの・かゆみ・できもの → いつから: _____ 症状: _____
 生理の悩み → 症状: _____
 不正出血 → ____月 ____日頃から 出血の量: _____
 ピル希望 → 避妊のため・月経困難症改善のため・生理日移動(/ の生理を避けたい)
 アフターピル希望 性交: ____月 ____日 ____時頃
 尿の症状(頻尿・乏尿・排尿痛) 性病の検査
 不妊の相談 その他 → 症状: _____

◆住民登録住所◆

唐津市・玄海町・()

【妊娠の方】

- 分娩希望(当院・里帰り・未定) 出産考慮中 中絶希望
・市販の妊娠検査薬 未 済(陽性・陰性) 検査日 ____月 ____日
・妊娠方法 自然妊娠 不妊治療後(タイミング 人工授精 体外受精)
・他院を受診した いいえ はい(病院名 _____ / 受診日: ____月 ____日)
 他院より転院による受診(里帰り)
・予定日 ____年 ____月 ____日 ご実家の住所: _____

⑤

妊娠(回) 分娩(回) 流産(回) 中絶(回) / <input type="checkbox"/> 妊娠歴なし				
分娩年月日	性別	出生体重	出産状態	出産病院名
H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	
H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開	

⑥

ご主人・パートナーについて	電話	年齢
<input type="checkbox"/> ご健康ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 今までにかかった病気はありますか <input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ		

⑦

経産婦の方で下記を診断されたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 出産時の多量出血		

⑧

血縁にある方に下記の病気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
はいと答えた方はご記入ください		
<input type="checkbox"/> 心臓病 (続柄:)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (続柄:)	
<input type="checkbox"/> 高血圧 (続柄:)	<input type="checkbox"/> その他遺伝性疾患 (病名:) (続柄:)	

⑨

下記の病気にかかったことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 原因不明の意識消失 <input type="checkbox"/> その他()		

⑩

既往歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
いつ頃(年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 日()		治癒・治療中・中断	
年 月 日()		治癒・治療中・中断	

⑪

現在服用している薬がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・薬品名()	・お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

⑫

◆ 食品アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
◆ 薬品アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
◆ アルコール消毒にアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
◆ その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> その他)
◆ 喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (歳から) 《現在: <input type="checkbox"/> 治療中(内服・吸入) <input type="checkbox"/> 治癒》
◆ アトピー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

妊婦問診票

記入日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳
 身長 _____ cm 体重(妊娠前) _____ kg 初産・経産

《スタッフ記入欄》	B V	あり・なし
ID:	スミア	あり・なし

☆当てはまる項目は□にチェックをお願い致します。

- 現在の婚姻関係について
 - 初婚 (_____ 歳時) (_____) 回目の結婚 (_____ 歳時)
 - 入籍予定 入籍予定なし
- 薬剤アレルギー、喫煙・飲酒についてお聞きします。
 - 薬のアレルギー: なし あり (薬品名: _____)
 - たばこ: 吸わない 妊娠前吸っていた 現在吸っている(_____ 本/日) 家族・同居人が吸っている
 - 飲酒: しない 妊娠前はあった 現在飲酒している(_____ を _____ /日)
- 喘息がありますか? なし あり (最終発作は _____ 歳)
- 現在服用中、または過去に処方されて服用していた薬、サプリメントなど栄養機能食品はありますか?
 - なし あり (葉酸・睡眠剤・抗不安薬・向精神薬・その具体的な内容: _____)
- 過去に手術 (美容形成や乳房形成を含む) または放射線治療などを受けたことがありますか?
 - なし あり (_____)
- 子宮頸ガン検診を受けたことがありますか?
 - あり (最後に受けたのは _____ 年 _____ 月 検査場所: 当院・他院・集団検診)
 - なし
- 子宮頸部円錐切除術についてお聞きします
 - 受けたことがない 受けたことがある (受けたのは _____ 年 _____ 月)
- 乳がん検診をうけたことがありますか?
 - あり (最後に受けたのは _____ 年 _____ 月) なし
- 過去に輸血を受けたことがありますか?
 - なし あり (理由: _____)
- 過去3か月以内に以下のことはありましたか? (ありの場合チェック)
 - 発熱 発疹 首のリンパ節の腫れ 風疹患者との接触 小児との接触が多い職場での就労
- 海外渡航についてお聞きします
 - 過去3か月以内に自分が行った (場所: _____) パートナーが海外に行くことがある
 - 過去3か月以内に同居家族が行った (場所: _____)
- ワクチンのある病気や発疹の出る病気についてお聞きします
 - 麻しん(はしか): かかった ワクチンを受けた 不明
 - 風しん: かかった ワクチンを受けた 不明
 - 水痘(水ぼうそう): かかった ワクチンを受けた 不明
 - 流行性耳下腺炎(おたふく): かかった ワクチンを受けた 不明
 - 性器ヘルペス: おぼえがない かかったことがある 時々出る

13 過去の妊娠や分娩についてお聞きします

今回が初めての妊娠

過去に妊娠したことがある（当てはまる場合すべてにチェック）

人工流産（_____回） 自然流産（_____回）

異所性（子宮外）妊娠（_____回）

経膈分娩（_____回）：うち吸引分娩_____回 鉗子分娩_____回）

帝王切開分娩（_____回）

早産 妊娠高血圧症候群 常位胎盤早期剥離

ヘルプ症候群 分娩時大量出血 その他（_____）

14 過去に分娩した児についてお聞きします（当てはまる場合すべてにチェック）

出生体重2,500 g 未満 出生体重3,500 g 以上 肩甲難産 死産 新生児死亡

B群溶連菌（GBS）感染症 新生児仮死

その他児についていわれたことがあれば（_____）

なし

15 今回の妊娠成立までの経過についてお聞きします

自然妊娠 不妊治療妊娠（ タイミング 人工授精 体外受精） その他（_____）

16 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍

乳腺疾患（ 良性 悪性） その他（病名：_____）

なし

17 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします

高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫疾患

脳梗塞 脳内出血 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症

その他（_____） なし

18 ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に、以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか？

高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 その他の遺伝性疾患（病名：_____）

なし

19 妊娠が分かった時の気持ちはいかがでしたか？

嬉しかった 困った 複雑な気持ち 不安

20 今までにカウンセラーや心療内科・精神科などに自分のことを相談したことはありますか？

なし あり（その内容：_____）

これから相談したい（その内容：_____）

21 妊娠・出産その後の育児・授乳において不安や心配がありますか？

なし あり（_____）

22 妊娠・出産その後の育児・授乳において相談できる人はいますか？

いる いない